1885-1886 FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX N° 68

UN CAS DE SPINA VENTOSA CHEZ L'ADULTE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 7 Août 1886

PAR

Achille-François ARBAUD

Né le 14 Octobre 1856, à Toulon (VAR)

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

NOMS DES EXAMINATEURS

PICOT, *Président.*
BOURSIER.
RONDOT.
LAGRANGE.

BORDEAUX
IMPRIMERIE DU CENTRE, 30, place Pey-Berland.
—
1886

1885-1886 FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX N° 68

UN CAS DE SPINA VENTOSA CHEZ L'ADULTE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 7 Août 1886

PAR

Achille-François ARBAUD

Né le 14 Octobre 1856, à Toulon (VAR)

Médecin de 2me classe de la Marine.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

NOMS DES EXAMINATEURS

PICOT, *Président.*
BOURSIER.
RONDOT.
LAGRANGE.

BORDEAUX
IMPRIMERIE DU CENTRE, 30, place Pey-Berland.
—
1886

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

M. DENUCÉ..... Doyen honoraire. | M. PITRES..... Doyen.

PROFESSEURS

M. DENUCÉ..... } Professeurs honoraires.
M. BITOT..... }

	MESSIEURS
Anatomie	BOUCHARD.
Physiologie	ORÉ.
Physique	MERGET.
Chimie	BLAREZ, chargé du cours
Histoire naturelle	GUILLAUD.
Pathologie thérapeutique générales	VERGELY.
Pathologie interne	DUPUY.
Pathologie externe	AZAM.
Anatomie pathologique	COYNE.
Histologie et Anatomie générales	VIAULT.
Médecine opératoire	MASSE.
Pharmacie	FIGUIER.
Thérapeutique	DE FLEURY.
Hygiène	LAYET.
Médecine légale	MORACHE.
Médecine expérimentale	JOLYET.
Matière médicale	PERRENS.
Clinique médicale	PICOT. PITRES.
Clinique chirugicale	BOURSIER, ch. du cours. LANELONGUE.
Clinique obstétricale	MOUSSOUS.
Clinique ophtalmologique	BADAL.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

SECTION DE MÉDECINE

Pathologie interne et Médecine légale	ARNOZAN. RONDOT. ARTIGALAS. LANDE.

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe	BOURSIER. PIECHAUD. LAGRANGE. DEMONS. DUDON.
Accouchements	LEFOUR.

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie et Physiologie.... M. PLANTEAU. | Histoire naturelle..... M. PÉRIER.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Physique	BERGONIÉ.
Chimie et Toxicologie	BLAREZ.
Pharmacie	CARLES.

Anatomie topographique..... M. PIÉCHAUD

MAITRES DE CONFÉRENCES :

Physique..... MM. BERGONIÉ. | Histoire naturelle..... MM. PÉRIER.
Chimie..... CARLES | Accouchements..... LEFOUR.

CLINIQUES ANNEXES

Clinique méd. des enf..... MM. NÉGRIÉ. | Maladies vénériennes..... MM. VENOT.
Clinique chir. des enf..... BITOT. | Maladies mentales..... N....

Le Secrétaire de la Faculté, F. LAMBERT DES CILLEULS.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE

DE MES SŒURS CORNÉLIE & THÉRÈSE

A LA MÉMOIRE DE MES FRÈRES LOUIS & PAUL

A MON PÈRE, A MA MÈRE

A MES SŒURS

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR PICOT

Professeur de Clinique médicale, Officier de l'Instruction publique.

A MONSIEUR LE DOCTEUR GUÈS

Médecin en chef de la Marine, Chevalier de la Légion-d'Honneur,

Professeur de Clinique médicale et de thérapeutique.

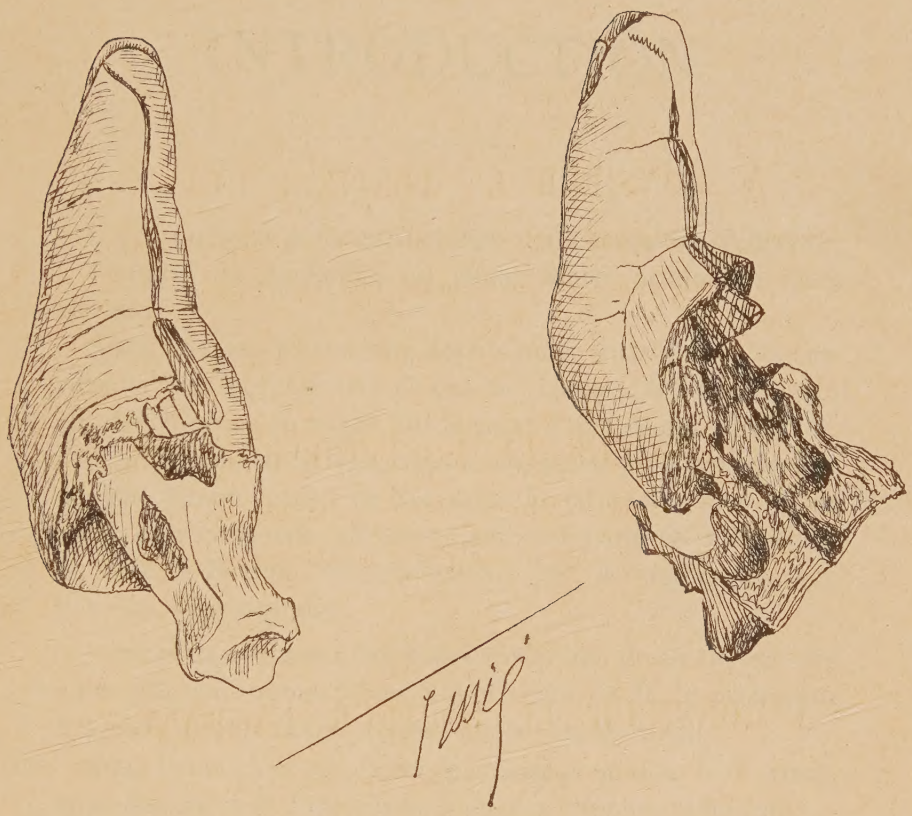
A MONSIEUR LE DOCTEUR ROUVIER

Médecin en chef de la Marine, Officier de la Légion-d'Honneur,

Professeur de Clinique chirurgicale et de médecine opératoire.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LAGRANGE

Professeur agrégé à la Faculté de médecine.



INTRODUCTION

Il y a quelques mois nous avons eu l'occasion d'observer à l'hôpital de Rochefort un jeune soldat atteint de spina ventosa.

Nous n'avions pas encore, depuis notre entrée dans la carrière médicale, rencontré de cas semblables. M. le médecin en chef Rouvier en ayant fait le sujet d'une de ses cliniques, à laquelle nous assistions, nous avons pensé qu'il serait bon de ne pas laisser passer ce cas sans le faire connaître. C'est ainsi que certaines affections peuvent paraître plus rares qu'elles ne doivent l'être réellement par la négligence que l'on met à les signaler.

Nous nous sommes aidés pour la rédaction de ce travail des notes que nous avons prises à la clinique de M. le professeur Rouvier, qui fût notre premier maître en chirurgie.

Nous tenons à le remercier des conseils qu'il a bien voulu nous donner et de l'intérêt qu'il nous a toujours témoigné.

Nous prions M. le professeur agrégé Lagrange d'agréer nos remerciments pour l'accueil sympathique qu'il nous a fait lorsque nous lui avons demandé s'il voudrait bien se charger de l'examen histologique de la pièce anatomique qui fait l'objet

de ce travail. Par suite de circonstances imprévues, ce résultat ne pourra être donné ici : il sera publié ultérieurement.

M. le professeur Picot a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Nous ne savons comment lui exprimer notre reconnaissance. Nous sommes trop heureux de pouvoir mettre le nom ce savant maître au début de ce modeste travail.

DIVISION

Notre but n'est pas de faire une étude du spina ventosa. La maladie est connue : nous avons voulu seulement faire connaître l'observation de cette affection, observée chez l'adulte, que nous possédions. Nous avons été ainsi amenés à en rechercher d'autres semblables.

Après quelques courtes considérations générales, nous citons deux observations recueillies par Foucher et Chassaignac; vient enfin, celle que nous avons recueillie, nous mentionnons ensuite deux cas observés par M. le Dr Vincent professeur agrégé à la faculté de médecine de Lyon.

Nous consacrons un chapitre à l'anatomie pathologique de la lésion.

Nous passons ensuite à la discussion des observations de Foucher et de Chassaignac que leurs auteurs ne donnent pas comme des spina ventosa.

Reprenant alors les symptômes présentés par notre malade, nous établissons le diagnostic.

Nous consacrons un chapitre à la nature de l'affection; vient ensuite le pronostic; nous passons rapidement sur l'étiologie et nous terminons par le traitement.

Nous devons à l'obligeance de M. Tissié, sous-bibliothécaire de la faculté de médecine, les deux dessins ci-dessus. Nous lui adressons tous nos remerciments.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

Le spina ventosa est une affection commune parmi les enfants, mais qui se présente très rarement chez l'adulte.

Sa fréquence dans l'enfance est en raison inverse de l'âge : ainsi dans la statistique de Goetz, sur les 35 cas observés, il y en a :

23 de 1 à 4 ans.
7 de 4 à 8 ans.
5 de 8 à 15 ans.

Il n'y a pas bien longtemps, au congrès de la société Allemande de chirurgie tenue à Berlin en 1885, Volkman s'exprimait ainsi : le spina ventosa typique ne s'observe que chez les enfants, tandis qu'on voit seulement chez l'adulte la tuberculose des grandes articulations.

Il faut donc que cette affection se rencontre bien rarement pour que le grand chirurgien allemand n'en ait pas eu d'exemple.

Les recherches auxquelles nous nous sommes livrés au sujet du cas qui fait l'objet de notre thèse inaugurale ne nous ont en effet permis d'en réunir que quatre.

Encore ce diagnostic pour les deux premiers n'avait-il pas été établi par leurs auteurs.

On verra cependant que le doute n'est pas possible.

Nous ne nous arrêterons pas à donner ici l'origine de ce mot que l'on dit traduit de l'Arabe. Mais étant donnée la confusion qui a régné sur ses différentes acceptions, comme il a désigné nombre d'affections du tissu osseux et même des tumeurs, nous croyons utile de dire ce que nous entendons par spina ventosa. Pour nous comme pour Goetz (1), à qui on doit le premier travail complet sur la question « le spina » ventosa est cette maladie propre aux enfants plus ou moins » entâchés de scrofule, se manifestant presque exclusivement » sur les os longs du pied et de la main, et caractérisée par » une intumescence à marche lente et sans douleur, ne por- » tant que sur la diaphyse de ces os ». Ce n'est pas autrement d'ailleurs que Volkman entend cette expression : « Le spina ventosa provient d'une ostéo-myélite tuberculeuse et se développe au niveau des phalanges du doigt de la main et du pied, des os métacarpiens et métatarsiens rarement sur l'humérus, le radius, le fémur, le tibia. Cette affection ne se manifeste que dans les premières années de la vie. »

Nous avons adopté ce terme, non pas que les synonimes manquassent, nous avions le choix dans les expressions de doigt scrofuleux, dactylite strumeuse, ostéo-myélite, mais le vague de sa signification nous a quelque peu séduit et il a l'avantage de ne rien préjuger sur la nature de l'affection. Et si on peut lui reprocher d'éveiller l'idée d'un symptôme qui fait souvent défaut, on ne contestera pas qu'en revanche il met en évidence le symptôme le plus frappant de la lésion.

---

(1) Th. Paris, 1877.

OBSERVATION I

M. Foucher montre un doigt indicateur gauche extirpé pour une ostéo-myélite de sa première phalange.

Le malade était un homme de 25 ans, un peu lymphatique. Il y a huit mois, son doigt augmenta de volume sans lui causer de douleur; mais deux mois plus tard, il éprouvait une souffrance vive profonde et pulsatile. La peau était intacte, le doigt dur au pourtour et d'une mollesse élastique au centre.

Après l'emploi inutile de divers topiques, le malade entra à l'hôpital, et le 26 mai, M. Guérin amputa par la méthode ovalaire le doigt avec la moitié du métacarpien.

Sur les parties latérales de la première phalange, de chaque côté, existent deux petites fistules qui conduisent sur l'os. Le tissu cellulaire est épaissi et induré et détermine le gonflement fusiforme du doigt. Les gaines tendineuses sont un peu vascularisées, les tendons sont intacts.

L'articulation métacarpo-phalangienne offre un peu de rougeur sur la synoviale.

Même état de l'articulation de la seconde phalange.

La première phalange est hypertrophiée ; elle a un volume presque double de l'état normal. Elle est cylindrique, plus longue de un centimètre que celle du côté opposé. Sa surface est régulière et couverte d'un périoste épais et adhérent, au-dessous duquel on trouve quelques couches osseuses de nouvelle formation. La lame compacte est saine. La portion spongieuse et le canal médullaire sont remplis d'une matière qui offre deux aspects différents. D'abord une couche de deux millimètres d'épaisseur qui tapisse la lame compacte; elle est d'un gris rosé, gélatiniforme, demi-transparente, traversée de fines trabécules de tissu osseux.

Elle est formée de substance plastique et de moëlle des os parcourues par quelques vaisseaux.

Au-dedans de cette première couche, et dans l'intérieur du canal

médullaire qu'elle remplit complétement se trouve une matière molle, caséeuse, d'un jaune pâle, opaque, mêlée de détritus osseux.

A l'extrémité supérieure de l'os est un petit séquestre invaginé, encore adhérent par quelques points de son pourtour. Cette matière puriforme, presque diffluente, a un aspect qui tranche nettement avec celui de la couche précédente. Elle n'est pas vasculaire, et le microscope n'y fait voir que des globules de pus sans mélange de tubercule.

M. Foucher insiste sur l'analogie d'aspect qui existe entre cette pièce et l'infiltration tuberculeuse des os. Il se prononce pour une ostéo-myélite suppurée au centre et entourée d'une lame plastique. Il se fonde sur l'intégrité de la lame osseuse compacte, sur l'absence de tubercule constatée au microscope, enfin sur la délimitation très nette de la lésion.

Du reste, le présentateur n'entend pas nier le tubercule des os ; il en a lui-même fourni plusieurs exemples à la Société et a pu se convaincre de l'exactitude des descriptions de M. Nélaton.

Bul. Soc. Anat. de Paris 31e année 2e série T. I. p. 175.

OBSERVATION II (1)

Carie du troisième métacarpien et de la première phalange du médius (Tuberculose probable).

Merle, Jean, 28 ans, boulanger.

N'a jamais eu la syphilis.

Tousse depuis quelque temps (hémoptysies, sueurs, altération de de la respiration).

Il y a dix-huit mois, le malade vit apparaître, dans le lieu où existe aujourd'hui la fistule, une petite tumeur qui fut ouverte. Cette ouverture est restée fistuleuse. Il y a aujourd'hui trois trajets au voisinage du trajet primitif.

---

(1) Cette observation a été prise dans la thèse du Dr Beauregard, sur les dactylolyses (Th. Paris 1875). Elle est empruntée à Chassaignac.

Le stylet permet de constater l'altération du troisième métacarpien et de la première phalange du médius ; enfin, les métarcapiens latéraux commencent à être attaqués.

Traitement général. Amélioration après six mois de séjour à l'hôpital.

OBSERVATION III

(*Personnelle*)

Le nommé Castagné, Jean, âgé de 21 ans, soldat au 3e régiment d'Infanterie de la marine, est entré à l'hôpital maritime de Rochefort le 17 décembre 1885 (salle 14, Clinique chirurgicale, — Service de M. le médecin en chef Rouvier).

Le diagnostic du billet d'entrée est le suivant:

Ostéite hypertrophique du médius gauche.

Le médius gauche présente en effet une augmentation notable de volume ; il est fusiforme et a les dimensions suivantes :

Au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne, 0 m. 09 ;

Au milieu de la première phalange, 0 m. 10 ;

Au niveau de l'articulation de la première avec la seconde phalange, 0 m. 085 ;

Au dessous le doigt est normal.

Du côté droit le médius a une circonférence de 0 m. 065.

Sur les parties latérales et sur le dos de la phalange du médius gauche la peau est rouge, luisante, et il y a de chaque côté une petite ulcération donnant issue à une minime quantité de pus sanieux sans odeur. Un stylet, introduit par une de ces ouvertures, pénètre dans le centre de l'os que l'on sent irrégulier dans tous les sens en obliquant l'instrument, puis sort par l'ouverture opposée. On ne sent pas de fragment osseux mobile dans l'intérieur de la phalange.

Les tissus qui environnent l'os sur les côtés et sur la face dorsale, ne sont ni ramollis ni épaissis ; la compression fait reconnaître une

dureté osseuse, immédiatement sous-jacente ; à la face palmaire la coloration des tissus est normale.

La première phalange est manifestement hypertrophiée au milieu de la diaphyse et dans tous ses diamètres. Elle l'est moins à son extrêmité articulaire supérieure dont le cartilage ne paraît pas avoir souffert.

L'articulation métacarpo-phalangienne est intacte, les mouvements volontaires sont complets, non douloureux ; ils ne déterminent ni bruit, ni déplacements anormaux.

L'extrémité phalangienne est malade ; les mouvements volontaires de l'articulation phalango-phalanginienne sont complets, non douloureux, mais un peu gênés. Le toucher constate l'hypertrophie de l'extrémité de la première phalange et l'engorgement des tissus périarticulaires. De plus, on détermine des craquements et des mouvements anormaux qui démontrent une altération de l'articulation.

La deuxième phalange, sauf un peu d'engorgement des tissus à l'extrémité supérieure, ne présente rien d'anormal, pas plus que la troisième. Leur articulation, leurs mouvements, leur sensibilité sont normaux.

Au niveau de la phalange malade, il n'y a aucune douleur ; la pression y détermine une souffrance modérée ; l'introduction du stylet ne détermine pas de douleur vive et amène un suintement de sang peu considérable.

D'après les renseignements donnés par le malade, les débuts de l'affection remonteraient à trois ans environ.

Sans qu'aucun traumatisme soit intervenu, Castagné a vu grossir le médius gauche.

Cette tuméfaction a suivi une marche lentement progressive ; elle n'a été accompagnée jusqu'à ces derniers temps d'aucune gêne dans les mouvements, d'aucune douleur, si bien qu'au moment de son incorporation le malade n'a même pas songé à attirer l'attention sur cette lésion, qui d'ailleurs ne le mettait point à l'abri du service militaire.

Trois mois après son arrivée au corps, sous l'influence des exercices et des mouvements violents faits pour se réchauffer, il a ressenti, dit-il, un peu de douleur dans son doigt malade.

La tuméfaction s'est rapidement accrue, la peau est devenue rouge et luisante sur les côtés. Il est alors entré à l'infirmerie de son régiment, et au bout de quelques jours, sans douleurs vives, sans aucune réaction générale une ulcération s'est produlte de chaque côté de la première phalange. C'est dans ces conditions qu'il a été dirigé sur l'hôpital.

Son état général n'a jamais rien présenté d'anormal, il ne se souvient pas d'avoir fait de maladie grave, ni avoir eu des maux d'yeux ou d'engorgements ganglionnaires. Il a deux frères qui se portent bien ; sa mère jouit d'une bonne santé, son père est mort il y a si longtemps que Castagné ne peut donner aucun renseignement sur la nature, ni sur la durée de la maladie qui l'a enlevé.

Cet homme est d'une constitution assez chétive ; il ne porte pas de trace évidente de scrofule. Les poumons, les organes digestifs sont sains.

Nous avions demandé en passant à Lyon à Monsieur le professeur agrégé Vincent, la communication des deux cas qu'il a observés, et dont il est fait mention dans l'article qu'il a consacré aux ostéopathies tuberculeuses, dans l'Encyclopédie internationale de chirurgie. Nous avions l'assurance de ce professeur, que s'il retrouvait ces observations, il nous les ferait parvenir. Nous sommes réduits aujourd'hui à citer ce qu'il en dit dans son article : « C'est exceptionnellement que » cette affection osseuse (le spina ventosa) se voit chez les » adultes et chez les vieillards. Nous venons dans la même » semaine, d'observer deux exceptions de ce genre. L'une, » chez une femme de soixante ans qui avait un spina ventosa » ulcéré de la première phalange de l'annulaire droit et telle- » ment fongueux que nous avons dû amputer le doigt ; l'autre, » chez un homme de trente ans qui a un spina ventosa de la » première phalange du médius droit avec léger retentisse- » ment articulaire, du côté de l'articulation de la première » avec la deuxième phalange, point douloureux sur la face

» antérieure, où le foyer tend à s'ouvrir spontanément. Il » est à remarquer que, dans les deux cas, la marche a été » lente, car, chez les deux malades, le spina ventosa remonte « à près de deux ans. » (1)

---

(1) *Encyclopédie internationale de Chirurgie.* T. IV.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous croyons qu'il n'est pas inutile de résumer les lésions qui ont été signalées dans cette maladie, par M. le professeur Parrot entre autres. (1)

On aperçoit d'abord dans le tissu médullaire de l'os, de petites masses arrondies, grisâtres, ou bien jaunes et caséeuses, tandis que la graisse et les médullocèles disparaissent pour ne laisser subsister que la charpente fibrillaire de la moelle, les vaisseaux et les nerfs, enfin, quelques éléments fusiformes, le tout baignant dans un liquide albuminoïde. Ces masses seraient de la matière tuberculeuse, et les recherches modernes y auraient démontré la présence des bacilles de la tuberculose.

Pendant que les éléments nobles du tissu médullaire s'atrophient ainsi, l'activité formatrice de la couche sous-périostée devient intense ; il se produit sous le périoste des dépôts osseux, épais, dont les trabécules, perpendiculaires à l'axe de la diaphyse, laissent entre elles de larges lacunes. Ces dépôts osseux périphériques, se superposent rapidement, déterminant l'accroissement de la diaphyse de l'os et lui donnant

(1) *Gazette médicale*, Paris 1880, p. 601, 677, 694.

cette forme particulière de fuseau, que nous avons signalée chez notre malade. Mais à l'intérieur de l'os, les masses tuberculeuses augmentent, usent et perforent d'abord les couches anciennes, puis celles qui se sont ultérieurement formées.

L'os s'évide donc et présente une cavité plus grande que la région primitivement occupée par le tissu spongieux et la moelle, pendant que se produit l'accroissement périphérique. Il y a donc, en définitive, dans le spina ventosa, un double travail qui se produit simultanément : hypérostose périphérique et destruction centrale. Les articulations ne sont atteintes que dans les périodes les plus avancées de la maladie, les couches chondro-calcaire et chondroïde des extrémités diaphysaires sont alors envahies par la matière caséeuse : le cartilage se décolle, l'articulation devient le siége d'une inflammation à marche lente et à symptômes peu accusés.

Les perforations de la coque osseuse résultent de ce que le travail de destruction intérieure l'emporte sur la réparation sous-périostique : la coque cède dans les parties les moins défendues, sur le dos, sur les côtés. Le périoste est perforé à son tour pendant que les parties molles s'enflamment ; des ulcérations s'établissent, permettant d'emblée la pénétration d'un stylet jusqu'à l'os, parfois jusqu'à son centre.

La description qu'en donne Lannelongue (1) n'est pas moins affirmative sur l'existence des lésions tuberculeuses : Infiltrations de granulations demi-transparentes grises ou opaques, raréfaction de l'os ancien, formation sous-périosté d'un nouvel os, bourgeonnement et issue de la moelle où l'on trouve de petits points opaques que l'inspection microscopique démontre être des tubercules élémentaires, des folli-

(1) Lannelongue. Abcès froids et tuberculose osseuse, Paris 1883.

cules à plusieurs degrés de leur évolution. L'examen de la paroi osseuse qui limite la cavité de la phalange permet de comprendre le mécanisme par lequel s'opère la destruction osseuse et se fait l'accroissement de la caverne.

L'excavation est en général lisse et arrondie ; une légère vascularisation, se montre dans le tissu qui borde l'excavation et, au-delà, l'os paraît sain. Mais au microscope « le bord de l'excavation présente ces inégalités, ces festons qui sont en quelque sorte caractéristiques de l'ostéite, et qui attestent que l'os se détruit comme s'il était rongé par la prolifération des éléments médullaires.

Les canaux de Havers, les plus voisins, sont agrandis, remplis de noyaux embryonnaires, et une partie de leur contour fait quelquefois partie de la cavité ». On constate aussi que le tissu osseux qui entoure cette zone et qui a l'apparence d'un tissu normal est le siége d'une ostéite condensante.

Telles sont les lésions que l'on rencontre dans le spina-ventosa ; voyons quelles sont celles qu'a présentées Castagné.

Nous avons déjà noté la forme particulière en fuseau ; la cavité, relativement vaste, où se promène le stylet rencontrant un peu partout des lamelles osseuses plus ou moins résistantes ; la participation de l'articulation phalango-phalangienne, (l'articulation métacarpo-phalangienne est restée intacte) au travail d'ulcération ; et enfin les perforations de la coque osseuse avec ulcérations cutanées, et même ici les perforations sont symétriques.

Donc tout d'abord rien ne manque. Après l'amputation du doigt, l'ouverture de la cavité phalangienne nous a permis de constater la présence d'une très minime quantité de pus ; des tâches plus ou moins régulièrement limitées, d'un jaune opaque. Un amas de matière jaunâtre, d'aspect caséeux se

trouve à l'extrémité supérieure de la phalange. L'examen macroscopique de l'os, auquel s'est livré M. le professeur Lagrange, a pu lui faire penser que l'on avait affaire à une lésion tuberculeuse. Nous avons dit pourquoi nous ne pouvions donner aujourd'hui l'examen histologique de la pièce anatomique, mais nous espérons pouvoir publier bientôt cet examen microscopique que ce professeur a bien voulu nous promettre.

Discutons maintenant la valeur des deux premières observations.

La pièce qui a été l'objet de la communication de M. Foucher à la Société anatomique nous semble être, en effet, un exemple bien net de spina ventosa. Les raisons qui nous font pencher vers cette opinion sont les suivantes : siége de la lésion, lenteur dans l'évolution, indolence au début, tuméfaction fusiforme du doigt, existence de deux fistules sur les côtés, conduisant sur l'os ; commencement d'inflammation des deux articulations voisines (l'amputation n'a pas donné le temps au travail inflammatoire d'aller plus loin). Ici encore nous trouvons sous le périoste des couches osseuses de nouvelle formation et la cavité médullaire remplie d'une matière molle opaque, jaune, caséeuse. Qui ne reconnaît dans la description de cette matière l'aspect de la matière tuberculeuse? Et cependant, M. Foucher, qui *insiste sur l'analogie d'aspect qui existe entre cette pièce et l'infiltration tuberculeuse des os*, refuse la nature tuberculeuse à cette affection tout en faisant profession de foi d'être partisan de la tuberculose osseuse. Cette insistance à plaider la non-identité avec le tubercule de la matière qu'il décrit nous fait voir combien grande devait être la ressemblance. Sur quoi donc s'appuie-t-il pour étayer son opinion? Sur l'absence de tubercule constatée au microscope! Mais cet argument aura bien peu de valeur pour

nous si l'on veut bien tenir compte de l'état des connaissances micrographiques à cette époque. Deux ans après la communication de Foucher, Broca ne donnait-il pas la note de l'opinion des chirurgiens de son époque quand, dans la discussion devant la Société de chirurgie sur la nature du mal de Pott, il soutenait que les lésions attribuées à la tuberculose ne sont, la plupart du temps, que des infiltrations purulentes accompagnant la carie ou aboutissant à la nécrose? Ne nia-t-on pas à cette époque l'infiltration tuberculeuse dans les poumons? Et il n'y a pas si longtemps n'en était-on pas réduit à chercher la lésion typique de la tuberculose? Il nous faut arriver aux travaux de Grancher, Charcot, Lannelongue, Kiener et Poulet, Martin, Koch pour se dire en possession de la lésion caractéristique de cette diathèse. Mais, va-t-on nous dire, pourquoi cette digression sur la tuberculose? Notre réponse sera facile : pour nous le spina ventosa est une ostéomyélite tuberculeuse comme nous le dirons plus loin, et comme Foucher a diagnostiqué une ostéomyélite, si nous démontrons que cette ostéomyélite est tuberculeuse nous aurons démontré qu'il a eu affaire à un spina ventosa. Nous croyons inutile d'insister plus longtemps et nous ne croyons pas devoir nous attacher à repousser davantage l'hypothèse d'une dactylite syphilitique. En effet, Foucher est muet sur les antécédents de son malade, et il est impossible d'admettre qu'il ait oublié la mention de cette diathèse que l'on fait intervenir dès qu'une étiologie est douteuse.

L'observation du boulanger présenté par Chassaignac à la Société de Chirurgie est pour nous, comme pour le Dr Beauregard qui la cite dans sa thèse, un spina ventosa. Bien que l'observation soit très succincte le siége de la lésion (troisième métacarpien et première phalange du médius) ; la lenteur de l'évolution (18 mois) et de l'amélioration (6 mois de séjour

à l'hôpital)et enfin la présence de cette diathèse que suffisent à caractériser la toux,les sueurs,les hémoptysies,tout nous porte à voir là une osteomyélite tuberculeuse. On nous dira peut-être que nous forçons la note en faisant un tuberculeux de ce boulanger.

Il est vrai que nous n'avons que des signes de présomption et nous regrettons que l'observation se tienne dans un vague par trop prudent en signalant une altération de la respiration sans dire quelle elle est. La probalité de la tuberculose est mise en avant ; nous sommes tout disposé à admettre sa réalité.

Quant aux observations de cette vieille femme de 60 ans et de cet homme de trente ans, elles ne peuvent être mises en doute ; le diagnostic est nettement formulé.

La dernière seulement présente une particularité qu'il est bon de signaler : C'est l'ouverture de la fistule à la face palmaire. En général, et ce fait trouve son explication dans la disposition anatomique des parties molles, l'ulcération se présente sur les côtés ou même sur la face dorsale, c'est-à-dire là où l'épaisseur des tissus est le moins grand. Aussi Gœtz avait-il conclu de l'examen de ses 35 cas que « l'ulcération siége toujours sur la face dorsale de la phalange ou du métacarpien, quelquefois sur les parties latérales de la première, *jamais sur la face palmaire.* »

Nous prévoyons une objection : Aucun antécédent tuberleux n'est signalé chez ces deux sujets ; et il est peu vraisemblable que cette femme de 60 ans soit arrivée à cet âge avec cette diathèse en puissance. M. Vincent nous fournira lui-même la réponse : « Quand on les rencontre (les ostéopathies tuberculeuses) chez des adultes ou des vieillards, le plus souvent elles sont récidivées, ou ont été précédées, à une époque antérieure, d'ostéites de même nature, en d'autres points.

Les vieux ostéopathes sont ordinairement des récidivistes. Cependant, on voit quelquefois les ostéopathies scrofulo-tuberculeuses apparaître pour la première fois chez des vieillards cachectiques. *Nous en observons deux cas, en ce moment*, chez des sujets qui n'ont eu jusque-là aucune maladie osseuse. On peut devenir tuberculeux à tout âge : par les os, la peau ou les viscères. (1) »

Ces deux cas qu'il observe ne sont-ils pas ceux dont il est question dans la citation que nous avons faite ? M. Vincent verrait donc là une tuberculose locale, peut-être réveillée.

---

(1) Eug. Vincent, *loc. cit.*

SYMPTOMATOLOGIE ET DIAGNOSTIC

Résumons succinctement les caractères saillants de l'observation de Castagné :

Tuméfaction de la première phalange du médius dans toute l'étendue de la diaphyse, datant de 3 ans; conservation de l'intégrité des tissus et des mouvements ; — puis rougeur, ulcération des tissus, fistule osseuse sur les parties latérales, sans suppuration abondante, ni douleurs vives ; conservation des mouvements. — Marche lente de l'affection.

Tels sont les signes diagnostiques essentiels.

Toutes les maladies siégeant dans les parties molles seulement de la première phalange, telles que engelures, phlegmons doivent être éliminées puisque l'os est atteint.

Au doigt, on a observé des enchondromes dont la marche lente peut avoir une certaine similitude avec celle de l'affection que nous étudions. Ils amènent des lésions analogues des parties molles ; ils ne produisent pas de cachexie, ne sont pas adhérents à la peau. Mais l'enchondrome est limité, il n'envahit pas exactement et régulièrement toute l'étendue de la diaphyse, comme c'est ici le cas. Il se présente sous la forme d'une tumeur ferme, élastique, à surface bosselée ; quand il date déjà d'un certain temps, il occasionne souvent des dou-

leurs, par suite des compressions nerveuses qu'il exerce, douleurs que nous n'avons pas ici, bien que l'affection soit ancienne.

L'ostéo-sarcome des doigts a longtemps été désigné sous le nom de spina ventosa. Son aspect est, en effet, à peu près le même. Mais la marche comparative des deux maladies suffirait à les différencier.

Le spina ventosa se distingue du cancer des os, en ce qu'il ne réagit pas sur l'ensemble de l'économie, comme ce dernier. Il n'est pas accompagné de la cachexie cancéreuse, il n'est pas héréditaire, et il ne récidive pas. Enfin, un signe qui peut avoir une certaine valeur, c'est la disproportion entre le poids et le volume du doigt dans le spina ventosa, disproportion que l'on ne retrouverait pas dans le cancer osseux.

Pourrions-nous prendre cette lésion pour une carie ? Mais la carie est remarquable par la douleur, la fétidité de l'écoulement, la rapidité de la marche. Ici, rien de semblable.

Mais il est une affection avec laquelle la confusion serait possible, c'est la dactylite syphilitique. En effet, cette manifestation tardive de la syphilis héréditaire, présente quelque analogie avec l'altération que nous offre Castagné.

Elle se traduit d'abord par un gonflement qui siége de préférence sur la première phalange des doigts ; la marche est lente ; la perforation de l'os et de la peau est tardive, peu douloureuse ; il y a, comme ici, peu de tendance à la suppuration.

Mais la dactylite syphilitique est accompagnée, le plus souvent, d'autres lésions spécifiques et toujours de douleurs nocturnes. Ici, pas de traces d'accidents vénériens, pas de douleurs nocturnes. De plus, la pression un peu forte réveille des douleurs, les augmente, ce qui ne se présente pas chez

notre malade. Enfin, les céphalées manquent rarement dans la diathèse syphilitique.

Il ne nous reste donc que cette forme particulière d'ostéite qui attaque particulièrement les enfants, mais dont les caractères sont bien ceux présentés par Castagné: C'est le spina ventosa, la dactylite strumeuse, ou mieux tuberculeuse. Nous trouvons en effet ici, tous les caractères assignés à cette affection: le siége; l'intumescence à marche lente et sans douleur ne portant que sur la diaphyse de l'os. Nous retrouvons les deux périodes assignées par Gœtz à cette maladie, « périodes dont la longueur relative peut varier, mais » qui existent toujours ; dans l'une, la maladie n'est caracté» risée que par l'augmentation du volume de l'os; dans l'au» tre, les parties molles qui l'entourent et la peau sont al» térées. »

Durant la première période, le doigt est volumineux; il affecte la forme d'un fuseau, d'un radis, d'une petite bouteille. Il n'y a d'abord ni altération des tissus périosseux, ni douleur, ni gêne dans les mouvements. Plus tard, deux mois, un an, deux ans après, il peut y avoir résolution, retour à l'état normal, mais le plus souvent la peau devient rouge, tendue, luisante; elle s'amincit, puis se rompt.

Nous sommes alors arrivés à la deuxième période d'ulcération. Alors sur la face dorsale ou sur les parties latérales, jamais sur la face palmaire défendue par des tissus trop résistants s'établit une ulcération, une fistule par laquelle le stylet arrive sur l'os, pénètre dans sa cavité ou le traverse comme chez notre sujet,

Dès la première période, l'altération de l'os est indiquée par l'accroissement de son volume et par une dureté particulière.

La fistule ou les fistules donnent issue à une minime quantité de pus mal lié ou de sérosité sanguinolente; il peut y

avoir une nécrose partielle, le plus souvent l'altération est générale ; les articulations ne sont que rarement atteintes au début ; elles ne le sont que dans les périodes avancées de la maladie. Même alors il n'y a pas de douleur vive, ni spontanée, ni provoquée par la pression ou les mouvements. Ces caractères sont exactement ceux que nous a donnés l'observation de Castagné.

Les siéges de prédilection sont le premier métacarpien ou la première phalange du médius. En effet la main paraît plus fréquemment atteinte que le pied, les doigts que les métacarpiens. Ici le siége est typique, c'est la première phalange du médius.

Signalons ce fait que notre malade a présenté une lésion de l'articulation phalango-phalanginienne, alors qu'en général c'est l'articulation métacarpo-phalangienne qui est atteinte. Ceci n'a rien qui doive nous étonner. On sait que lorqu'un os est envahi par la matière tuberculeuse celle-ci a de la tendance à envahir toute la diaphyse. Mais elle se trouve arrêtée par le cartilage épiphysaire qui protége l'articulation voisine et l'empêche de prendre part à la maladie. Or les petits os longs ont deux points d'ossification seulement, et, par conséquent une seule de leurs extrémités est épiphysaire. C'est l'extrémité inférieure qui possède un point d'ossification spécial, ce qui explique pourquoi l'articulation inférieure de la phalange est rarement atteinte. Mais nous savons aussi, et c'est probablement ce qui s'est présenté chez notre malade, que ces petits os peuvent avoir trois points d'ossification et il est possible que seul le cartilage supérieur ait pu garantir l'articulation métacarpo-phalangienne contre l'envahissement du processus morbide.

Nature de l'affection.

Nélaton, Bérard, Vidal (de Cassis), Virchow, Parrot, Heydenreich et enfin Lannelongue, sont unanimes à reconnaître le spina ventosa comme une maladie de nature tuberculeuse. Dans tous les cas de M. le professeur Parrot on a constaté une tuberculisation organique : ulcère du poumon, des intestins. L'inspection microscopique de la moelle provenant de la cavité phalangienne d'un spina ventosa avait démontré à Lannelongue la présence de tubercules élémentaires, de follicules à plusieurs degrés de leur évolution.

Quant à Vincent, il divise les ostéopathies en deux groupes : les ostéopathies tuberculeuses sans conteste et les ostéopathies probablement tuberculeuses ; et c'est dans ces dernières qu'il place le spina ventosa.

Enfin Volkman qui, il n'y a pas dix ans, admettait que le fait primitif est une inflammation lente de la moelle, une médullite chronique avec ostéo-périostite secondaire a nettement fait sa profession de foi au Congrès de chirurgie de Berlin en 1885 : « La tuberculose des os sans lésions des grandes articulations est représentée : par le spina ventosa qui provient d'une ostéomyélite tuberculeuse et se développe au niveau des phalanges des doigts de la main et du pied, etc... »

Gœtz s'était rangé à l'opinion que Volkman professait quand parut sa thèse.

Il admettait une médullite chronique.

Il y avait d'ailleurs longtemps que Boyer (1) avait cru pouvoir l'attribuer à une médullite; et Béclard (2), Varranguien de Villepin (3), Rognetta (4) y voyaient une ostéomyélite.

Pour Gœtz, qui n'admet pas la nature tuberculeuse de l'affection, la cause prédisposante la plus importante, la seule cause, serait-il tenté de dire, est la scrofule. Il est vrai que quelques lignes plus loin il avoue avoir constaté la présence de tubercules chez les parents de ses maladés ou chez ses malades eux-mêmes, et il fait alors cette concession d'admettre, comme cause venant en seconde ligne après la scrofule, la tuberculose des parents ou des enfants bien qu'il n'y ait, dit-il, aucune identité entre la nature de la lésion pulmonaire et celle du tissu osseux.

Mais ne savons-nous pas que l'histologie pathologique de la scrofule et de la tuberculose tend de plus en plus à devenir semblable; que l'une n'est qu'une forme atténuée de l'autre; l'une est une tuberculose évoluant et l'autre une tuberculose évoluée.

Et, comme le dit si bien M. Eug. Vincent : « Les ostéites » chroniques qui se montrent sous l'empire de ces deux pha» ses évolutives d'une même diathèse, ou disposition générale » de l'organisme, n'ont pas de caractères tranchés qui les

---

(1) Boyer, *Traité des maladies chirurgicales*, 1814.

(2) *Eléments d'anatomie générale 1827*, p. 167.

(3) Th. de Paris, 1842.

(4) Mémoire sur quelques maladies du système médullaire des os *Gaz. des hôpitaux* 1841, n° 74 et sq.

» différencient nettement. Si l'aspect général du malade » reproduit les traits assignés à la scrofule ou à la tubercu- » lose, on qualifie ces ostéites de scrofuleuses ou de tubercu- » leuses, sans que cette distinction soit autorisée rigoureuse- » ment ni par les symptômes, ni par l'anatomie pathologique. » Le microscope même ne se prête pas à cette séparation ; » car il décèle, sur la plupart des coupes de ces ostéites, à la » fois des tubercules embryonnaires (scrofulomes de Gran- » cher) et des tubercules adultes (granulations grises de » Laennec). » (1).

L'expérimentation avait prouvé aussi l'identité de nature de ces deux diathèses.

Déjà, en effet, Villemin avait produit la tuberculose par l'inoculation de ganglions scrofuleux ; plus récemment encore M. Martin démontrait la généralisation du produit tuberculeux sur une série d'animaux inoculés les uns au moyen des autres. Malgré tout cela on rencontrait encore des dissidents et il n'a pas fallu moins que la découverte du bacille de Koch dans la plupart des affections réputées tuberculeuses pour entraîner la conviction des anciens chirurgiens. Le champ de la scrofule se réduit pendant que s'étend le domaine de la tuberculose. Bientôt peut-être la scrofule aura disparu du cadre des diathèses.

Quelques auteurs ont voulu voir dans cette affection une nécrose, une carie. Il est vrai que la nécrose est une terminaison du spina ventosa mais pas plus que la carie qui a ses lésions propres elle ne peut se confondre avec le spina ventosa. Pour Gosselin, ce serait une ostéite mixte. Il définit, en effet, le spina ventosa: « Une ostéite d'origine scrofuleuse tenant à la fois de la carie et de la nécrose et empruntant ses

(1) *Encyclopédie internationale de chirurgie*, t. IV.

caractères particuliers à la variété d'os (petits os courts), sur lesquels on l'observe (1) ». Il est vrai que de suite après il avoue qu'il peut se faire que de la matière tuberculeuse se dépose dans les fongosités de la moelle et qu'en conséquence le spina ventosa constitue une ostéo-myélite tuberculeuse. Mais Gosselin croit que cela arrive rarement.

Enfin un argument de la plus grande valeur est l'apparition de manifestations tuberculeuses dans les divers organes, méninges, poumons, au milieu des lésions si peu importan- est de cette affection.

Pourrait-on dire que la débilitation produite par une suppuration prolongée explique suffisamment ces manifestations. Lannelongue (2) insiste avec raison sur ce fait que c'est surtout chez des sujets atteints de spina ventosa, c'est-à-dire *d'une ostéite raréfiante d'un des os les plus exigus du squelette, qui n'est pas encore en voie de suppuration ou qui ne fournit chaque jour que la plus minime quantité de pus, chez des sujets qui n'ont même pas encore les attributs vulgaires de la scrofule, qui n'ont pas un seul jour pris le lit*, que se développent d'ordinaire les diverses complications tuberuleuses.

L'expérimentation est encore venue donner plus de poids à l'opinion qui soutient la nature tuberculeuse de cette ostéo-myélite. Le Dr W. Müller, chef de la clinique chirurgicale de Göttingen, a rendu compte, dans le Centralblatt für chirurgie du mois d'avril 1886, des expériences qu'il a entreprises pour produire la tuberculose des os. Nous y lisons : le plus souvent il s'est produit des modifications dans la diaphyse

---

(1) Gosselin. Os, pathologie.—*Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques.*

(2) Lannelongue. — Abcès froids et tuberculose osseuse. Paris, 1881.

du tibia (1) soumis à l'expérience, tantôt des foyers caséeux ou des foyers de granulations dans la moelle ou la couche corticale, tantôt des ostéomyélites tuberculeuses plus diffuses avec ou sans formation de séquestres, *formes qui se rapprochent le plus du spina ventosa des petits os creux.*

---

(1) Ces expériences consistaient à injecter du pus tuberculeux ou des crachats tuberculeux dans l'artère nourricière du tibia, chez des chiens, des chèvres et des moutons.

PRONOSTIC

Il était pour nous important d'élucider cette question de la nature de la maladie, car le pronostic en dépend. N'a-t-il pas été soutenu à la tribune de l'Académie de Médecine que l'affection des os ou des articulations précède, le plus souvent, la tuberculose du poumon, et que l'auto-inoculation est plus fréquente pendant la suppuration de l'ostéite tuberculeuse (1).

N'avons-nous pas à craindre l'absorption du virus spécifique par les vaisseaux et le développement de la tuberculose pulmonaire? Ne pourrions-nous pas craindre même le développement d'une méningite tuberculeuse?

La propagation de la tuberculose, comme l'a dit Volkman, comme le prouvent les expériences de W. Müller (2). se fait par le courant sanguin.

Les parois des vaisseaux, veineux ou artériels, participent à la dégénérescence tuberculeuse. Une embolie se forme, qui porte au loin le mal.

Müller arrive à conclure de ses expériences que les foyers tuberculeux ont pour origine des processus emboliques.

(1) Leudet (de Rouen). Séance du 14 avril 1885.

(2) Müller *loc. cit.*

Quant aux lymphatiques on admet que l'infection générale ne s'établit pas par eux; les glandes lymphatiques auraient la propriété de retenir les bacilles et même de les détruire.

« Les glandes lymphatiques fonctionnent donc comme des » appareils de défense, comme des filtres, dans les processus » infectieux locaux de tout genre. Lors même qu'une glande » lymphatique est détruite par le ramollissement tuberculeux, » l'organisme n'est pas encore envahi, car les glandes lym- » phatiques situées plus haut retiennent encore les bacilles, » et ce n'est qu'après la destruction de la dernière glande » lymphatique, qui se trouve entre le foyer tuberculeux et le » cours du sang, que la tuberculose va envahir l'organisme » dans sa totalité (1). »

Le pronostic serait donc sérieux pour Castané, si on laissait cette porte ouverte à l'infection. Nous sommes ici en présence d'une tuberculose vraiment locale et curable; elle n'est pas l'expression d'une infection générale, mais elle menace l'organisme d'un envahissement prochain. Opérer rapidement et largement ce sera faire de la chirurgie conservatrice. Si nous nous trouvions en présence d'un sarcome ou d'un carcinome, nous nous empresserions de l'extirper; eh! bien ne sommes nous pas en présence d'une néoplasie dont la généralisation à plus ou moins brève échéance est fatale.

Cependant, l'extirpation d'un doigt n'est pas une de ces opérations qui ne demandent à être discutées. On ne se résout pas facilement à priver un artisan d'un doigt. Mais si la guérison du spina ventosa s'obtient quelquefois chez les enfants, elle est bien plus rare dans les affections tuberculeuses des adultes. Plus on se rapproche de la puberté, plus le pronostic est défavorable. Enfin, plus souvent que chez les enfants, les

(1) Volkman. *Congrès de Berlin*, 1885.

tuberculoses locales des adultes se compliquent de phtisie pulmonaire. Aussi devrons nous arriver à une opération. Mais est-ce à dire que par l'ablation du foyer tuberculeux nous mettons notre malade à l'abri de la tuberculose? Oui, nous avons détourné le danger imminent d'une tuberculose aiguë ; mais nous n'avons pas la prétention d'empêcher le développement d'autres foyers à d'autres endroits, car le malade garde sa réceptivité pour le virus tuberculeux.

ÉTIOLOGIE

Castané fait partie de ces nombreux candidats à la tuberculose, candidats parmi lesquels il y a trop d'élus! Rangeons-le parmi cette classe de blessés chez lesquels le moindre traumatisme, la contusion la plus insignifiante amènent ces lésions graves qui auraient été sans conséquence chez des personnes non prédisposées.

Les expériences de Schüller sont venues éclairer d'un jour nouveau cette influence obscure des diathèses sur les traumatismes.

La tuberculose est si répandue, que chacun a été plus ou moins exposé à la contracter. Nous sommes entourés de bacilles, mais heureusement pour nous, ils demeurent inoffensifs pour les tissus sains, si nombreux soient-ils. Mais que l'inflammation crée le *locus minoris resistentiæ*, on les verra s'y précipiter, y trouvant probablement le milieu de culture favorable. Nous ne trouvons pas, il est vrai, de traumatisme à l'origine de l'affection que présente Castané, mais la contusion, qui suffit à provoquer la néoplasie tuberculeuse, peut être si légère, qu'elle a pu passer inaperçue au malade.

Nous ne pouvons pas dire que Castané ait des antécédents héréditaires compromettants, mais ils sont au moins suspects: Son père est mort jeune.

TRAITEMENT

Nous avons vu que souvent chez l'enfant le spina ventosa a une terminaison heureuse.

Après un certain temps on voit les tumeurs s'affaisser et la guérison se faire. Mais c'est surtout à la première période qu'a lieu cette issue heureuse. Nous savons aussi que l'enfant guérit plus facilement que l'adulte de ces sortes d'affections. Donc il nous faut intervenir, car nous avons vu quels sont les dangers qui menacent notre malade. Aussi a-t-il été institué un traitement général : du phosphate de chaux sous forme de sirop a été prescrit, pendant quelque temps. Mais ce n'est pas sur le traitement général qu'il fallait fonder les plus grandes espérances. Certes il était bon de modifier l'organisme, d'exciter les fonctions de nutrition, mais il fallait songer à modifier l'organe.

Pour le traitement local plusieurs façons d'intervenir se présentaient. Fallait-il agir topiquement par l'application de liquides résolutifs, applications de teinture d'iode ? Ces moyens, il n'y avait pas lieu d'en attendre un résultat favorable étant données les lésions. Devait-on essayer de la compression avec de la ouate maintenue par une bande élastique? Ce procédé

qui pourrait être mis en usage pour des membres volumineux on ne peut pas songer à l'appliquer ici.

Une méthode qui a eu de nombreux succès et qui vient de suite à la pensée est la méthode révulsive au moyen du cautère actuel.

On a pu conjurer ainsi des ostéites au début. Mais l'excavation était si grande, les orifices fistuleux si étroits que l'on ne pouvait songer à aller éteindre des cautères dans ces anfractuosités.

Un traitement plus logique, et qui devait être agité, était celui du drainage après raclage avec la curette de Volkman. C'est ainsi qu'aujourd'hui on supprime rapidement ces suppurations des ganglions, qui autrefois se prolongeaient si longtemps.

Après l'abrasion ou l'évidement, on fait des injections sublimatées ou phéniquées, on panse avec de l'iodoforme, et l'on voit s'établir, à la suite d'une réaction franche, une suppuration de bonne nature qui élimine les parties dégénérées.

Mais on ne pouvait ici avoir recours à ce traitement, car avec l'abrasion on n'est pas sûr d'enlever tout le mal, on agit à l'aveugle. Aussi faut-il avoir un foyer bien limité, et ce n'est pas le cas ; l'articulation phalango-phalanginienne est prise.

Donc on ne peut s'arrêter à aucun de ces moyens de traitement, la lésion étant trop avancée, il y a donc lieu d'agiter la question de la résection ou de l'amputation.

Deux camps, ayant chacun à leur tête des hommes remarquables, se font les défenseurs d'une des méthodes opératoires.

Dans tous les cas, aujourd'hui on est à peu près d'accord, d'un côté comme de l'autre, qu'en général il faut opérer les tuberculeux, même les tuberculeux à manifestations pulmonaires.

La méthode antiseptique a, pour ainsi dire, fait disparaître les dangers du traumatisme, et à part quelques rares tuberculeux chez lesquels le moindre traumatisme donnerait un coup de fouet à l'évolution de la tuberculose, il faut toujours intervenir : On rétablit la santé générale et on prolonge l'existence. Et si les indications d'opérer se présentent dans ces cas, ne s'imposeront-elles pas plus impérieusement dans les cas de tuberculose locale.

Par l'opération, on retranche à la fois la cause d'épuisement et la source possible d'infection et par suite, « on place le sujet dans de meilleures conditions, pour ne pas subir la généralisation tuberculeuse, et pour résister à l'atteinte présente comme aux contagions futures. (1) » C'est à peu près dans les mêmes termes que s'est exprimé Trélat devant la Société de chirurgie, en 1878.

Verneuil a inspiré à un de ses élèves une thèse (2) où il est prouvé que les amputations sont moins graves que les résections chez les tuberculeux.

La résection laisse, en effet, un foyer long à guérir, où la suppuration dure longtemps.

Ollier ne pouvait laisser accuser sa méthode sans la défendre. Il reconnaît que l'amputation est préférable au point de vue de la préservation ultérieure, mais à la condition qu'elle soit faite avant que les ganglions ne contiennent le germe tuberculeux. Mais il pense que l'intervention, dans ces cas, doit être rare; mieux vaudrait donc la résection qui a l'avantage de conserver les fonctions du membre.

Dans notre cas particulier, la lésion étendue de l'articulation n'autoriserait pas à tenter la résection.

---

(1) Ollier. *Lyon médical* 1883.

(2) Leroux. Th., Paris, 1883.

On n'aurait qu'à laisser un germe tuberculeux au milieu de ces tissus cruentés pour rendre le danger plus grand qu'avant l'intervention.

De plus, Castagné n'est pas dans une de ces situations de fortune qui puisse lui faire préférer la conservation d'un doigt inutile à la faculté de gagner son existence.

Qu'y a-t-il de plus gênant pour un artisan qu'un doigt ballant ou immobile qui se heurte, et entrave les fonctions de la main plus que ne le ferait son absence?

Donc, l'amputation paraît indiquée : aucun signe n'indique que la tuberculose ait envahi les tissus de la main. Il y a tout lieu d'espérer que cette opération non seulement débarrassera cet homme d'un organe malade qui ne saurait guérir, mais supprimera en même temps le danger d'une infection tuberculeuse.

L'amputation a été pratiquée suivant la méthode en raquette. Un phlegmon de la main s'est montré quelques jours après, mais la guérison n'a pas tardé à survenir et le malade a été envoyé en congé de convalescence un mois et demi après l'opération. La cicatrice est linéaire.

CONCLUSIONS

— Le spina ventosa se rencontre chez l'adulte.

— C'est une ostéomyélite tuberculeuse.

— Comme toutes les tuberculoses locales elle est un danger permanent pour l'organisme ; il faut donc procéder à son extirpation si l'affection est arrivée à la période de suppuration.

— L'amputation aura la préférence sur la résection quand les lésions sont trop étendues.

Vu : Bon à imprimer :
Le Président de la Thèse,
Dr PICOT.

Vu : *Le Doyen,*
Dr A. PITRES.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 4 août 1886.

Pour le Recteur,
Le Doyen délégué,
A. PITRES.